

ускладнень, що супроводжуються затяжним перебігом, який погіршує якість життя дітей.

Мета: На прикладі неефективності лікування затяжних форм гострої гнійно-деструктивної пневмонії шляхом пункцій та закритого торакоцентезного дренивання показати можливості використання торакоскопії.

Матеріали і методи: На лікуванні та під спостереженням знаходилось з гнійно-деструктивними змінами легень 177 дітей від 1 року до 17 років, які лікувалися в ОДКБ м. Дніпро в відділенні гнійної хірургії з 2013 по 2017 рік. Хлопчиків було 107 що складає 60,5%, дівчаток – 70 що складає 39,5%. Для дослідження відібрано групу хворих – 30 дітей, з яких хлопчиків було 21, дівчаток – 9 дітей, після тривалого пункційного та дренажного лікування була проведена відеоторакоскопічна санація.

Результати: Діти поступали в клініку з приводу гнійно-деструктивної пневмонії та її ускладнень – плеврити, абсцеси, піоторакс, піопневмоторакс, на 2–3 тиждень захворювання, попередньо проходячи лікування в інфекційному та соматичному відділеннях іншого лікувального закладу або амбулаторного лікування, з приводу ГРВІ та пневмоній. Даній групі пацієнтів неодноразово проводилась пункція або дренивання плевральної порожнини. Торакоскопічна санація проводилась загальноприйнятим методом, орієнтуючись на клініко-рентгенологічні дані, данні ультразвукового дослідження і комп'ютерного томографа. Це давало можливість оцінити зміни вісцеральної і парієтальної плеври, зруйнувати внутрішньоплевральні зрощення, видалити фібринозно-гнійні та некротичні накладки. Проводилась санація плевральної порожнини антисептичними препаратами. Загальний стан дітей нормалізувався на 3–5-у добу, зменшувався інтоксикаційний синдром, зменшувалася дихальна недостатність. Легеня розправлялась. Плевральний дренаж видаляється на 5–7 добу. Це скорочувалася перебування пацієнтів в хірургічному відділенні.

Висновок:

1. Для визначення лікувальної тактики при легенево-плевральних формах гострої деструктивної пневмонії необхідно проведення спеціального обстеження з застосуванням ультразвукового сканування плевральної порожнини і комп'ютерної томографії грудної клітки, що дозволяють об'єктивно оцінити стан плевральної порожнини.

2. Відеоторакоскопічна санація плевральної порожнини є методом вибору в лікуванні тривалих легенево-плевральних форм гострої гнійно-деструктивної пневмонії при неефективності дренажних методів лікування.

Використання малоінвазивних методів лікування інвагінації кишечника у дітей

**В. А. Дігтяр, О. М. Барсук, М. В. Савенко, М. О. Камінська, С. В. Коваль,
О. П. Гладкий, Д. М. Лук'яненко, В. Е. Денисенко**

**Дніпропетровська медична академія,
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня**

Вступ. У структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини інвагінація кишечника у дітей займає друге місце, поступаючи лише гострому апендициту, та займає перше місце серед усіх видів придбаної кишкової непрохідності, складаючи з них 70–80%. Захворюваність коливається в межах від 1,5 до 4,0 випадків на 1000 новонароджених. Найбільш часто захворювання виникає у дітей грудного віку і переважно у хлопчиків.

Мета. Аналіз методів та результатів лікування дітей з гострою інвагінацією кишечника та визначення місця лапароскопії в лікуванні даної патології.

Методи дослідження. Аналіз лікування 909 дітей з гострою інвагінацією кишечника. Всі діти знаходилися на лікуванні в дитячій обласній клініці м.Дніпропетровська. В минулому у 506 дітей успішно проведена класична дезінвагінація повітрям, 70 дітей були оперовані шляхом лапаротомії, що складає 12,2% (48 хлопчиків і 22 дівчинки). У 22 (31,4%) – кишка визнана не життєздатна і була проведена резекція кишки. У 48 дітей (68,6%) проведена успішна оперативна дезінвагінація. З 2008р. в клініці використовується метод лапароскопії в лікуванні дітей з гострою інвагінацією кишечника.

Результати та їх обговорювання. За останні 10 років на лікуванні знаходилось 333 дітей з гострою інвагінацією кишечника. Для діагностики використовували метод діагностичної пневмоколонографії та сонографії. Консервативна дезінвагінація була ефективна у 264 дітей, що складає 79%. У решти 69 дітей, що складає 21% від загальної кількості госпіталізованих, після безуспішного консервативного лікування проводилась повторна спроба консервативного розправлення інвагіната в операційній під контролем лапароскопа або лапароскопічно–асистована дезінвагінація кишечника. В результаті з 69 дітей у 47 (68%) випадках після розправлення кишечника визнаний життєздатним і на цьому етапі лікування закінчувалося. У 13 (18,8%) випадках візуально були виявлені некротичні зміни в стінці кишечника, що був розправлений, чи в щільному інвагінаті. У 9 (13%) випадках причиною інвагінації був дивертикул Меккеля. У всіх цих 22 випадках, що потребували резекції кишечника, проводилася лапароскопічно–асистована резекція дивертикула Меккеля або нежиттєздатної кишки з накладенням кишкового анастомозу шляхом мінілапаротомії.

Висновки:

1. Гостра інвагінація кишечника залишається найчастішим видом кишкової непрохідності у дітей.
2. Основний метод лікування інвагінації кишечника – консервативний. Протипоказанням до консервативної дезінвагінації є: перитоніт, виражена кишкова непрохідність, шок.
3. Терміни надходження хворого не впливають на тактику лікування хворого.
4. У випадках неефективності класичної консервативної дезінвагінації, повторна спроба з лапароскопічним контролем або лапароскопічно–асистоване розправлення інвагінату, що дозволяє досягти хороших результатів при значному зменшенні операційної травми.

Корекція лійкоподібної деформації грудної клітки у дітей

В. А. Дігтяр, М. О. Камінська, О. І. Мохов, С. В. Коваль, Л. М. Харитонюк

**Дніпропетровська медична академія,
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня**

Вступ. Лійкоподібна деформація, є найбільш частою вадою розвитку грудної клітини, яка становить 91% всіх вроджених деформацій грудної клітини за даними різних авторів.

Характерною особливістю лійкоподібною деформації грудної клітини (ЛДГК) є схильність до прогресування, яка тісно пов'язана з ростом і віком дитини. Подальший розвиток деформації призводить до більш виражених порушень функції легень, зміщення та ротації серця, що в результаті проявляється декомпенсацією серцево–судинної і дихальної систем.